

An die jeweilige Erzeugergemeinschaft

Bestätigung der PRRS Impfung

TGD-Betrieb

LFBIS _____

Nr. bei EG _____

Tierhalter _____

Betriebsadresse _____

TGD Tierarzt

VetNr. _____

Name _____

Praxis _____

Datum der Impfung _____

Anzahl der geimpften Ferkel _____

Alter in Lebenswochen _____

Impfstoff _____

Datum

Unterschrift Tierhalter

Unterschrift Tierarzt

Hinweis: Bitte schicken Sie dieses Formular umgehend an jene Erzeugergemeinschaft, bei der diese Ferkel zur Vermarktung angemeldet wurden.